

Inschrijfformulier

Dit inschrijfformulier bevat een verklaring van een patiënt van inschrijving binnen een huisartsenpraktijk en kan gebruikt worden als verzoek tot correctie van huisartsendeclaraties.

Gegevens Huisarts

Naam Huisarts: M.J.C. Lankhorst

Adres praktijk: Bergstraat 23, 5581 BL Waalre

Gegevens patiënt

Inschrijfdatum huisartsenpraktijk : (dd-mm-jaar)

Naam patiënt/ name patient :

Geslacht/gender :

Adres/adres :

Postcode/zip code :

Woonplaats/residence :

Mobiel tel nummer/mobile number :

Email adres/email adres :

Geboortedatum/date of birth :

Zorgverzekering/health insurer :

Zorgverzekering nummer/number of

Insurence :

BSN nummer/social security number :

Vorige huisarts/previous GP :

Nieuwe apotheek/new pharmacy :

Gaat u akkoord met inzage in uw medische gegevens door apotheek, waarnemend huisarts en huisartsenpost dit om medicatie vergiftiging te voorkomen. Ja/nee

Do you agree to access to your medical data by the pharmacy, acting GP and out-ofhours medical center, in order to prevent medication poisoning. Yes/no

Handtekening/signature datum/date

Graag retour persoonlijk of per mail naar de praktijk: lankhorst@ezorg.nl

Please return personally or by mail to the practice: lankhorst@ezorg.nl

We hebben ook een copie van uw ID/paspoort/rijbewijs nodig om de inschrijving af te ronden.

We need also a copie of your ID/pasport/drivers licence to complete your registration

